



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2007

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2006

Schaaf, Susanne ; Grichting, Esther ; Bolliger, Heidi

Other titles: Dokumentation zur Jahresberichtssitzung vom 19. April 2007 in Zürich zum Thema "Therapieende und Rückfallprophylaxe"

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-99736>

Conference or Workshop Item

Published Version

Originally published at:

Schaaf, Susanne; Grichting, Esther; Bolliger, Heidi (2007). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2006. In: Therapieende und Rückfallprophylaxe, Zürich, 19 April 2007, ISGF.

Der Forschungsverbund stationäre Sucht- therapie act- *info*- FOS im Jahr 2006

Dokumentation zur Jahresberichtssitzung vom 19. April
2007 in Zürich zum Thema
Therapieende und Rückfallprophylaxe

Hrsg. Koordinationsstelle act- *info*- FOS:
Susanne Schaaf, Esther Grichting, Heidi Bolliger

act-info-FOS

Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie

Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF 2007

Inhalts- verzeichnis

1. Programm	2
Therapieende und Rückfallprophylaxe	
2. act- <i>info</i>- FOS Jahresstatistik 2006 Therapieende – Wer bricht ab? Wer bleibt?.....	3
Susanne Schaaf lic.phil., ISGF	
3. Rückfallprophylaxe – was hilft?.....	9
Prof. Dr. Joachim Körkel, Ev. Fachhochschule Nürnberg	
4. Rückfallprophylaxe in der Klinik südhang: Konzept, Erfahrungen, Übertragbarkeit auf die Drogenhilfe.....	24
Walter Steiner, Therapeut u. Leiter Qualitätssicherung Ingo Hanisch, Therapeut	
5. Schlussrunde: act- <i>info</i>- FOS, Gesamtprojekt act- <i>info</i>, Spezialprojekte	32
Susanne Schaaf lic.phil., ISGF	
6. Anhang	33
Checkliste „Meine Rückfallsicht und die Sichtweise im Team“ (© Joachim Körkel) Körkel J. 1999. Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. In: abhängigkeiten. 1/1999. Dieser Artikel ist aus urheberrechtlichen Gründen in der pdf- Version nicht enthalten.	

1. Programm

act- *info*- Jahresberichtssitzung

Donnerstag, 19. April 2007

Verteilung des Jahresberichts „act- *info*- FOS 2006“ bei Eintreffen

13.15 – 13.45h

Begrüßung
act- *info*- FOS Jahresstatistik 2006
Therapieende – Wer bricht ab? Wer bleibt?
Susanne Schaaf lic.phil., ISGF

13.45 – 15.15h

Rückfallprophylaxe – was hilft?
Prof. Dr. Joachim Körkel, Evangelische Fachhochschule Nürnberg
Netzwerk Psychologische Suchtforschung

Pause

15.45 – 16.30h

Rückfallprophylaxe in der Klinik südhang: Konzept, Erfahrungen, Übertragbarkeit auf die Drogenhilfe
Walter Steiner, Therapeut und Leiter Qualitätssicherung, Klinik südhang
Ingo Hanisch, Therapeut, Klinik südhang

16.30 – 16.45h

Schlussrunde: Möglichkeit zu Fragen zu act- *info*- FOS, zum Gesamtprojekt act- *info* und zu Spezialprojekten von act- *info*- FOS

2. act- *info*- FOS Jahresstatistik 2006: Therapieende – Wer bricht ab? Wer bleibt?

Forschungs- verbund act- *info*- FOS

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act- *info*- FOS ist ein gesamtschweizerischer Zusammenschluss von Therapieeinrichtungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit. Der Verbund nahm seinen Ursprung im Jahr 1995 auf Eigeninitiative von vier Therapieeinrichtungen. Inzwischen hat sich der Forschungsverbund gesamtschweizerisch etabliert und deckt 90-95% der stationären Therapieeinrichtungen (ohne Alkoholkliniken) ab. Zu Hochzeiten umfasste der Verbund rund 80 Institutionen. In den letzten Jahren kam es zu zahlreichen Schliessungen. Im Jahr 2006 nahmen 56 Einrichtungen am Verbund teil. Die Koordinationsstelle act- *info*- FOS erstellt jährlich einen vertraulichen Institutionsbericht (im März 2007 versandt) und einen Gesamtbericht, der Auswertungen zu einem aktuellen Spezialthema enthält. Ebenfalls jährlich werden Jahresberichtssitzungen in Zürich, Lausanne und Bellinzona organisiert, welche dem Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch dienen.

Themenwahl Therapieende

Als Schwerpunktthema für die Spezialauswertung der Daten 2006 haben wir **Therapieende** (planmässiger Therapieabschluss, Übertritt und Therapieabbruch) sowie **Rückfallprophylaxe** gewählt. Rückfall und Therapieabbruch sind seit jeher zentrale Themen in der Suchtarbeit. Ein Behandlungsabbruch geht oft mit einer schlechten Prognose für die Zeit nach Austritt einher und sollte nach Möglichkeit verhindert werden. Gleichzeitig sind Rückfälle nicht die Ausnahme, sondern der Regelfall in der Suchtbehandlung. Ein Rückfall während der Therapie führt nicht zwangsläufig zu einem Therapieabbruch, wird nicht mehr als Scheitern angesehen, sondern als Chance, mit dem Klienten, der Klientin konstruktiv daran zu arbeiten.

In der Jahresberichtssitzung werden die act- *info*- FOS Daten 2006 zum Thema Therapieende präsentiert. Die Fachbeiträge von Joachim Körkel, Walter Steiner und Ingo Hanisch schlagen die praxisbezogene Brücke zum Thema Rückfall und Rückfallprophylaxe.

Eckdaten 2006

Im Jahr 2006 haben sich 52 der 56 Verbund-Einrichtungen an der Datenerhebung beteiligt. Gut zwei Drittel der Ein- und Austritte werden in Einrichtungen der Deutschschweiz erfasst.

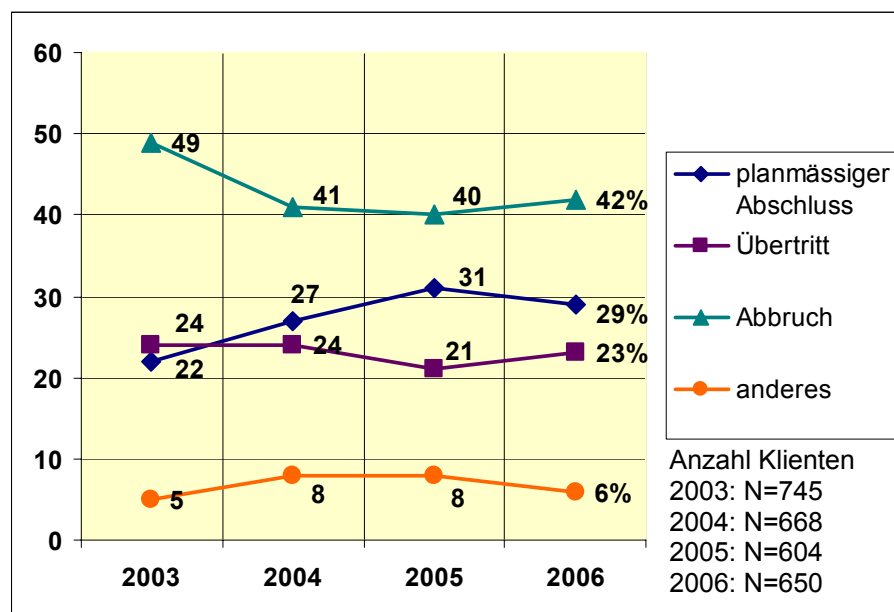
	Eintritte 2006		Austritte 2006	
Deutschschweiz	443	68%	453	70%
Romandie	144	22%	123	19%
Tessin	68	10%	74	11%
Gesamt	655	100%	650	100%

Austrittsmodi 2003-2006

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung der Austrittsmodi in den Jahren 2003 bis 2006. Dabei wird unterschieden zwischen

- Planmässige Beendigung der Behandlung im gegenseitigen Einverständnis zwischen Klient/in und Institution
- Übertritt in eine andere suchtspezifische Behandlung nach planmässigem Therapieaustritt
- Therapieabbruch: expliziter Abbruch der Behandlung durch Klient/in oder Institution (disziplinarische Gründe)
- andere Gründe wie z.B. Wohnortswechsel, Hospitalisierung, Inhaftierung, Tod

In den Jahren 2004 bis 2006 beträgt der Anteil planmässiger Therapieabschlüsse 27-31%, der Anteil Übertritte 21-24% und der Anteil Therapieabbrüche 40-42%



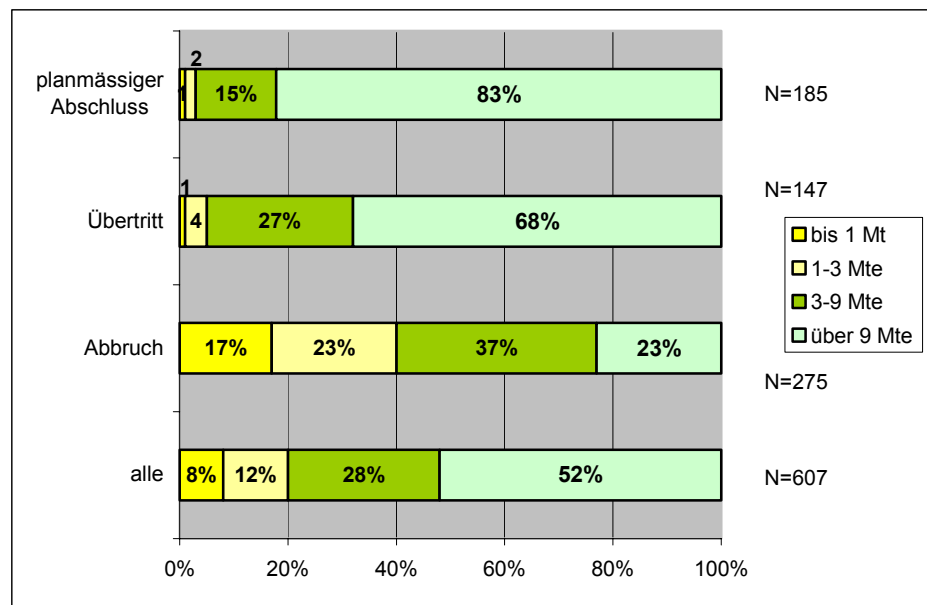
Austrittsmodus und Aufent- haltungsdauer

Die folgende Grafik zeigt die drei Austrittsmodi in Bezug zur Aufenthaltsdauer. Die Aufenthaltsdauer wird in vier Kategorien gegliedert:

- bis 1 Monat (0-30 Tage)
- 1-3 Monate (31-90 Tage)
- 3-9 Monate (91-270 Tage)
- über 9 Monate (über 270 Tage)

Die Unterschiede zwischen den Klientengruppen sind wie zu erwarten signifikant: Personen mit planmässigem Therapieabschluss sind signifikant häufiger in den Kategorien „12-18 Monate“ und „über 18 Monate“ vertreten¹. Personen mit Übertritt in eine andere Suchtbehandlung sind signifikant häufiger „12-18 Monate“ in Behandlung (in Grafik nicht dargestellt). Klientinnen und Klienten mit Therapieabbruch finden sich signifikant häufiger in den Kategorien „bis 1 Monat“ und „1-3 Monate“.

¹ Ausführlichen Angaben siehe Gesamtbericht 2006



Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei planmässigem Abschluss beträgt 546 Tage, bei Übertritt 385 Tage und bei Abbruch 189 Tage. Aus deutscher Perspektive sind diese Zahlen erstaunlich angesichts des anhaltenden Trends zu Kurzzeitbehandlungen in Deutschland.

	Mittelwert (Tage)	Median (Tage)	Standardabweich. (Tage)	Anzahl Fälle
Planmässiger Therapieabschluss	546	546	286	185
Übertritt in andere Suchtbehandlung	385	349	222	147
Therapieabbruch	189	124	191	275
Gesamt	345	286	277	607

Eta sq. .31***

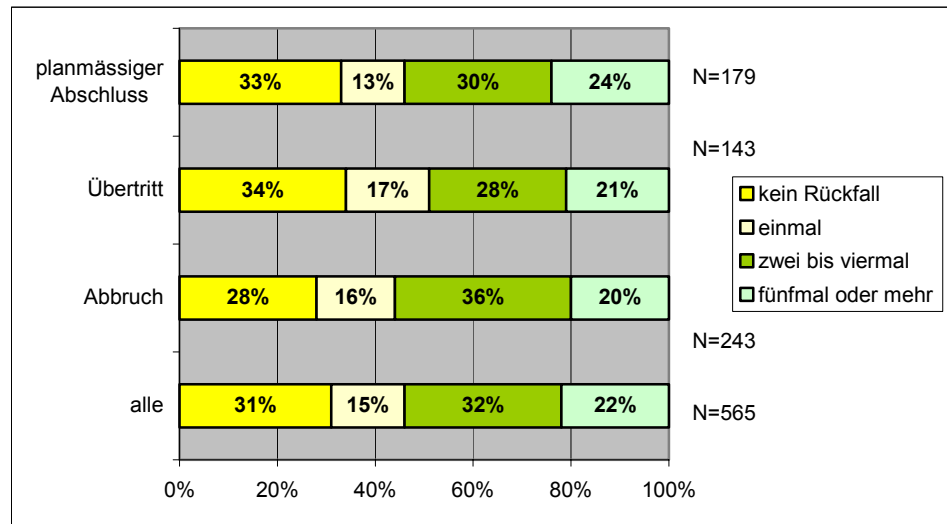
Übertritt wohin? 23% der Klient/innen sind nach Therapieabschluss in eine andere Suchtbehandlung übergetreten. Der Grossteil (45%) sind in eine Aussenwohngruppe übergetreten. Aus Forschungssicht ist der heterogene Bereich der AWGs eine Blackbox. Wir wissen noch viel zu wenig über diese sehr wichtige Schnittstelle zum Übergang in ein selbständiges Leben.

Übertritt in...	Anzahl	Anteil
Aussenwohngruppe	64	45%
ambulante Behandlung	39	28%
stationäre Therapie	20	14%
andere Institution	19	13%
Gesamt	142	100%

Rückfälle während der Therapie

Die folgende Grafik zeigt registrierte Rückfälle pro Austrittsmodus. Die drei Klientengruppen mit unterschiedlichem Therapieabschluss unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Anzahl registrierter Rückfälle. 24% der Personen mit planmässigem Therapieabschluss hatten während ihrer Behandlung fünf oder mehr Rückfälle. Rückfälle führen nicht zwangsläufig zum Therapieabbruch. Die Gruppen unterschieden sich auch nicht hinsichtlich der Problemsubstanz, mit der sich der Rückfall ereignete.

Gegenüberstellung Austrittsmodus



Die Spezialauswertung geht der Frage nach, ob und inwieweit sich die drei Klientengruppen mit unterschiedlichem Therapieende hinsichtlich ihrer Lebenssituation bei Therapieeintritt und -austritt voneinander unterscheiden. Im Publikum wird die Vermutung geäussert, dass bei planmässigem Therapieabschluss eine bessere soziale Integration vorliegt und dass möglicherweise junge Klienten früher abbrechen.

In der folgenden Charakterisierung der Klientengruppen werden lediglich *signifikante* Merkmale aufgeführt.

Klienten mit planmässigem Therapieabschluss

Klientinnen und Klienten mit planmässigem Therapieabschluss...

- seltener professionell begleitete Entzugsbehandlung
- seltener Hauptproblemdroge in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn injiziert
- häufiger nach Therapieabschluss ist Kontakt zu institutionseigener Nachsorgestelle vorgesehen
- wohnen bei Austritt häufiger alleine und häufiger in einer stabilen Wohnsituation
- leben bei Austritt häufiger in fester Beziehung mit Partner/in zusammen
- finanzieren sich bei Austritt häufiger hauptsächlich durch eigenes Erwerbseinkommen
- bei Austritt häufiger eine Arbeit (Voll- / Teilzeit, Gelegenheitsjobs)
- bei Austritt seltener mit Beträgen von über 10'000 Fr. verschuldet
- geben bei Austritt häufiger an, dass keine Substanz mehr ein Problem für sie darstellt (unabhängig vom tatsächlichen Konsum), ge-

ben seltener Heroin und Benzos als Problemsubstanzen an (unabhängig vom tatsächlichen Konsum)

- erhalten aus Sicht der behandelnden Person häufiger eine gute oder sehr gute Prognose bezüglich allfälliger zukünftiger Drogenprobleme

Klienten mit Übertritt

Klientinnen und Klienten mit Übertritt in eine andere Suchtbehandlung (nach planmässigem Therapieabschluss)...

- seltener Behandlungserfahrung vor Therapiebeginn
- häufiger nach Therapieabschluss Übertritt in institutionseigene und institutionsfremde Aussenwohngruppe
- wohnen häufiger in institutionellem Rahmen wie z.B. Arbeits- und Wohnexternat, AWG, betreutes Wohnen, Klinik u.a.

Klienten mit Therapieabbruch

Klientinnen und Klienten mit Therapieabbruch...

- häufiger Substitutionsbehandlung parallel zum Therapieeintritt
- häufiger Substanz in den letzten 30 Tagen vor Therapieeintritt konsumiert
- seltener Nachsorge vorgesehen. Dennoch: für 34% der Abbrecher wurde eine Nachsorge vorbereitet
- wohnen bei Austritt häufiger mit Eltern und häufiger in unstabiler Wohnsituation
- finanzieren sich bei Austritt häufiger vorwiegend durch Fürsorge
- bei Austritt seltener auf Arbeitsmarkt aktiv und häufiger arbeitslos, aber auf Stellensuche
- bei Austritt häufiger hängiges Verfahren und behördliche Auflage
- in den letzten 30 Tagen vor Austritt häufiger eine Substanz konsumiert (sowohl problematischer als auch unproblematischer Konsum), häufig Heroin
- in den letzten 30 Tagen vor Austritt häufiger illegale Substanz injiziert

Gegenüberstellung Zeitpunkt des Abbruchs

Therapieabbrüche finden zu unterschiedlichen Phasen der Behandlung statt. Um die Frühabbrecher mit den Spätabbrechern zu vergleichen, wurden folgende vier Klientengruppen gebildet:

Gruppe	N	%
Frühabbrecher bis 1 Monat (0- 30 Tage)	48	18%
Abbruch zwischen 1- 3 Mte (31- 90 Tage)	62	23%
Abbruch zwischen 3- 9 Mte (91-270 Tage)	101	37%
Spätabbruch über 9 Monate (> 270 Tage)	64	23%
Gesamt	275	101%*

*Rundungsfehler

Frühabbrecher

Frühabbrecher (bis 30 Tage)...

- seltener auf Eigeninitiative in Therapie
- seltener Drogen 30 Tage vor Eintritt konsumiert, seltener je gespritzt
- seltener parallele Substitutionsbehandlung bei Eintritt
- häufiger hängiges Verfahren
- seltener Rückfälle

Abbruch zwischen 1- 3 Mte

Abbruch zwischen 1 und 3 Monaten...

- häufiger unmittelbar nach Therapie eine Substitutionsbehandlung. Methadonprobleme bei Austritt.

Personen mit Therapieabbruch zwischen 3 und 9 Monaten zeichnen sich durch keine signifikanten Unterschiede zu den anderen drei Klientengruppen aus.

Spätabbrecher

Spätabbrecher (nach 9 Monaten)...

- seltener durch ambulante oder stationäre Institution zugewiesen
- häufiger fünf oder mehr Rückfälle während der Therapie

Zusammenfassung

Die drei Klientengruppen – planmässiger Abschluss, Übertritt, Abbruch - unterscheiden sich kaum hinsichtlich der Lebenssituation *bei Eintritt*, wie sie mit act-*info*-FOS erfasst wird. Abbrecher bringen nicht zwangsläufig einen problematischeren Rucksack mit – zumindest bezogen auf die erhobenen Aspekte.

Personen mit planmässigem Therapieabschluss bleiben erwartungsgemäss länger in Therapie, weisen eine stabilere Lebenssituation und bessere Integration *bei Austritt* auf und erhalten bessere Prognosen. Personen mit Therapieabbruch bleiben erwartungsgemäss kürzer in Therapie, stehen *bei Austritt* in einer unstabileren Lebenssituation, sind schlechter integriert. Frühabbrecher nehmen eine Sonderstellung ein: sie kommen seltener auf Eigeninitiative, sind aber keine Massnahmenklienten, kommen eher auf Druck der Familie. Sie weisen keinen exzessiven Konsum vor Eintritt auf, haben aber hängige Verfahren.

Denkbar ist, dass Gruppenunterschiede zu Therapiebeginn auf einer anderen Ebene liegen wie z.B. Persönlichkeit, psychische Verfassung/ Komorbidität, Motivation². Katamnesestudien könnten hier Aufschluss über die Nachhaltigkeit der Behandlung und den weiteren Verlauf bei den Abbrechern geben.

Für Einrichtungen interessant ist die Frage nach dem Einfluss institutioneller Faktoren wie z.B. Angebotsstruktur, Umgang mit Rückfall und Regelverletzungen, Teamzusammensetzung, Klientendynamik u.a. Hinsichtlich des regionalen Standortes der Einrichtung – Deutschschweiz, Romandie, Tessin – und der weltanschaulichen Ausrichtung (christlicher Ansatz – kein christlicher Ansatz) ergaben sich aufgrund der act-*info*-FOS-Daten keine Unterschiede.

Eine wichtige Erkenntnis der Rückfallforschung bezieht sich auf die Entwicklung des Konzeptes der *Rückfallsituation*. Das bedeutet, dass Vorhersagen über die Rückfälligkeit nicht mehr (hauptsächlich) an Persönlichkeitsmerkmalen des Betroffenen festgemacht werden, sondern an Risikosituationen und Risikobereichen. Der Auseinandersetzung mit der Rückfallrisikosituation *innerhalb* der Suchttherapie kommt also eine zentrale Bedeutung zu.

² Gossop et al. haben festgestellt, dass readiness for change zwar mit Heroinkonsum und psychiatrischen Symptomen zu Therapiebeginn zusammenhängt, konnten aber keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Veränderungsbereitschaft und einem reduzierterem Opiatkonsum ein Jahr nach Behandlungsende (follow up) bestätigen: Gossop M, Stewart D & Marsden J 2006. Readiness for change and drug use outcomes after treatment. In: Addiction, 102. 301-308.

3.

Rückfallprophylaxe – was hilft?

Prof. Dr. Jachim Körkel ist Psychologe und Psychotherapeut und war mehrere Jahre Leiter der Psychotherapieabteilung in der Fachklinik Hillersbach für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen. Seit 1988 hat er eine Professur an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg inne. Seine Fortbildungsprogramme und Forschungen beschäftigen sich mit den Schwerpunkten kontrollierter Konsum, Motivational Interviewing und Rückfall/ Rückfallprophylaxe.

Inhalt

1. Vorbemerkungen
2. Rückfall: Definition und Einordnung
3. Merkmale qualifizierter Rückfallarbeit: was gehört in einer Behandlungseinrichtung zu guter Rückfallarbeit? (Strukturqualität)
4. Stand der Rückfallforschung (bezogen auf Drogenbereich)
5. Handwerkskasten Rückfallmanagement

Vorbemerkung

Bei den kommenden Ausführungen handelt es sich nicht um der Weisheit letzter Schluss, sondern um einen Input, der die Zuhörer/innen einlädt, in Austausch über der Thema zu treten.

Zum Einlesen in die Rückfallthematik:

Körkel J & Kruse G. 2005. Basiswissen: Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. Bonn: Psychiatrie- Verlag.

Übersicht über zentrale Ergebnisse:

Körkel J. 1999. Rückfälle Drogenabhängiger: eine Übersicht. In: abhängigkeiten. 1. 23- 45. (Kopie im Anhang)

Trainingsmanual zum Alkoholrückfall – in vielerlei Hinsicht übertragbar auf Drogenrückfall:

Körkel J & Schindler Ch. 2003. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Grundlagenwerk:

Marlatt GA & Donovan DM. (Ed). 2005. Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press. Erstausgabe 1985.

Mit Beiträgen zu substanzspezifischer Rückfallprophylaxe wie z.B. bei Abhängigkeit von Stimulanzien, Opioiden, Cannabis, Partydrogen (inkl. Halluzinogene, Schnüffelfstoffe, Steroide). Marlatt ist der Begründer der psychologischen Rückfallforschung.

Rückfall: Definition und Einordnung

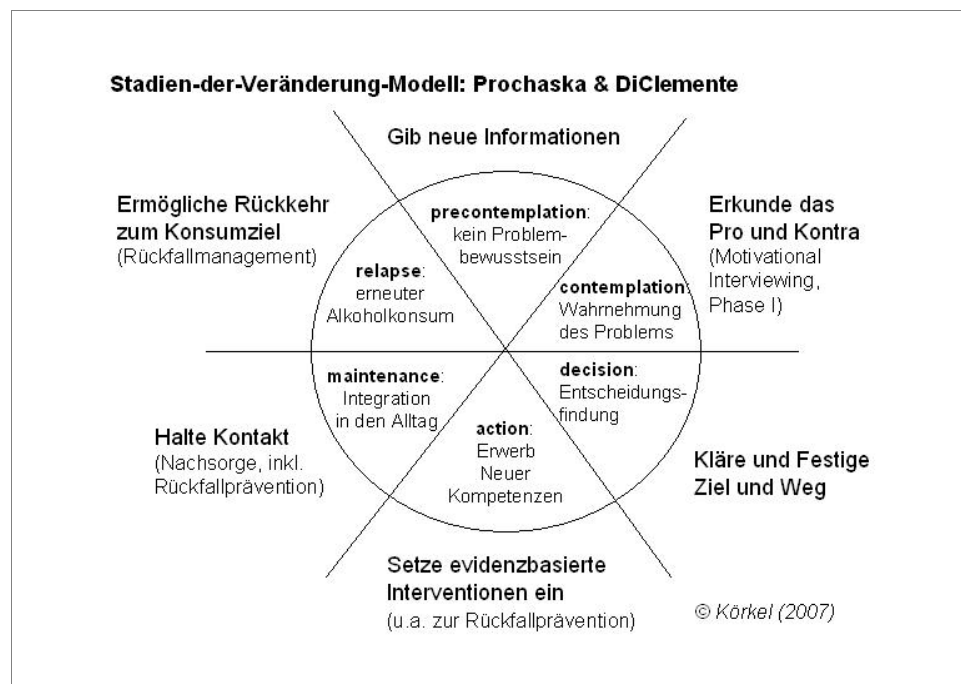
Es gibt zwei grundsätzliche Auffassungen zu Rückfall:

Definition 1: Rückfall ist der erneute Konsum der „Problemsubstanz“ nach einer Phase der Abstinenz (in Katamnesestudien verbreitet)

Definition 2: Rückfall ist das Nicht-Erreichen oder Unterschreiten eines selbst gesetzten Ziels im Umgang mit der „Problem-substanz“ (subjektive Definition. Beispiel: Klient konsumiert verschiedene Substanzen und sieht dabei kein Problem, empfindet seinen Konsum nicht als Rückfall – aber der Therapeut)

Stadien-der-Veränderungs-Modell

In der Rückfallprophylaxe ist das Stadien-der-Veränderungs-Modell von J.O. Prochaska & C.C. DiClemente verbreitet. Das Konzept geht davon aus, dass ein Klient bei jeder Verhaltensänderung bestimmte Stadien durchläuft, mit und ohne professionelle Hilfe. Um ein Veränderungsziel zu erreichen, werden folgende fünf Stadien durchlaufen: kein Problembewusstsein (precontemplation), Wahrnehmung des Problems (contemplation), Entscheidungsfindung (decision), Erwerb neuer Kompetenzen (action), Integration in den Alltag (maintenance). Falls es zu einem erneuten Substanzkonsum (relapse) kommt, kann der Klient in eine neue Veränderungsschleife eintreten (z.B. in die „action-Phase“). Der Betroffene kann sich in Bezug auf unterschiedliche Substanzen in unterschiedlichen Phasen des Veränderungsprozesses befinden. Die kritische Rückfallphase ist der Übergang von der Behandlung (z.B. Klinikentlassung) in die Nachsorge, an den Arbeitsplatz, in die eigene Wohnung.



Merkmale qualifizierter Rückfallarbeit

Das Publikum füllt die Checkliste „Meine Rückfallsicht – und die Sichtweise im Team“ aus, als Anregung, um über das eigene Rückfallverständnis nachzudenken. Wie ein Team mit Rückfällen arbeitet, ist ein Qualitätsaspekt der Einrichtung.

Qualifizierte Rückfallarbeit zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

1. Die Rückfallthematik ist fester und gebührender Bestandteil der gesamten Behandlung.
2. Es besteht ein reflektiertes, wissenschaftlich begründetes, mehr oder weniger einheitliches Rückfallverständnis im Team.
3. Mit der Rückfallthematik wird mit den Klient/innen und innerhalb des Teams offen, interessiert, einladend, gelassen, geschmeidig und entdogmatisiert umgegangen (z.B. eigene Unsicherheiten dürfen im Team gefahrenfrei angesprochen werden).
4. Es werden strukturierte Übungen zur primären und sekundären Rückfallprävention durchgeführt – optimalerweise in Form standardisierter Programm-Module (wie z.B. S.T.A.R., Körkel & Schindler, 2003).
5. Die Klient/innen erhalten schriftliche Materialien zu den wesentlichen Rückfallaspekten als „take home dose“.
6. Nahestehende Personen (z.B. Partner/innen) werden in das Rückfallmanagement aktiv einbezogen (schriftliche Infos, feste Vereinbarungen). Dies ist überraschend selten der Fall.
7. Mit eingetretenen Rückfällen wird therapeutisch und nicht moralisch-disziplinierend umgegangen.
8. Es gibt ein klares, schriftlich fixiertes Rückfall-Aufarbeitungskonzept, das Spielraum für individuelle Lösungen lässt.
9. Meinungen und Einstellungen der Klient/innen zur Rückfallarbeit werden regelmässig eingeholt. Mit „Widerstand“ wird professionell-geschmeidig gearbeitet.
10. Es besteht ein festgelegter Plan zur Organisations- und Personalentwicklung in Bezug auf die Rückfallthematik:
 - Weiterqualifizierung der MA in neuen Forschungsergebnissen und Praxisansätzen
 - Einarbeitung neuer MA in die einrichtungsbezogenen Qualitätsstandards bzgl. Rückfallarbeit
 - Möglichkeit zur Reflexion des eigenen Denkens/ Verhaltens und Auseinandersetzung mit eigenen Gegenübertragungen.

Stand der Rückfallforschung

In der Folge werden einige gut abgesicherte Ergebnisse aus der Rückfallforschung dargestellt.

1. Rückfälle bei Suchterkrankungen sind die Regel und nicht die Ausnahme – auch nach ausgedehnter Behandlung (z.B. ambulanter oder stationärer Rehabilitation).

Gossop M (1989). Rückfallquote nach qualifizierter Drogen-Entgiftungsbehandlung (ohne Alkohol/ Cannabis) 6 Monate nach Therapieabschluss: 76%

Rückfall nach ambulanter/stationärer Drogen-Entwöhnungsbehandlung (ohne Alkohol/ Cannabis):

Dehmel (1989): 6 Monate nach Therapie: 73%

Rogmann & Lüdtko: 18 Monate nach Therapie: 63%

Herbst (1992): 4 Jahre nach Therapie: 79%

2. Der Suchtrückfall ist in keiner Weise ein exotisches Phänomen. Vergleichbare Rückfallraten finden sich bei chronischen somatischen (z.B. Diabetes), psychosomatischen (z.B. Angst-

störungen) und psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie) bzw. Verhaltensproblemen (z.B. Delinquenz).

Rückfallquoten bei anderen Problemfeldern

Rief et al. (1997): Panikstörungen: 1 Jahr nach Behandlung: 57%

Bailer & Rey (1997): Schizophrenie: 5 J nach Behandlung: 70%

Egg (1990): Sozialtherap. Strafvollzug: 8 J nach Behandl.: 77%

Silagy et al. (2001): Rauchen: 1 Jahr nach Behandlung: 80%

3. Eine vorzeitige Behandlungsbeendigung – z.B. in Form einer Zwangsentlassung nach Rückfall während der Behandlung – erhöht das Rückfallrisiko für die Zeit danach drastisch.

Rückfallquoten nach ambulanter/stationärer Drogen-Entwöhnungsbehandlung (ohne Alkohol/ Cannabis) und Art der Therapiebeendigung:

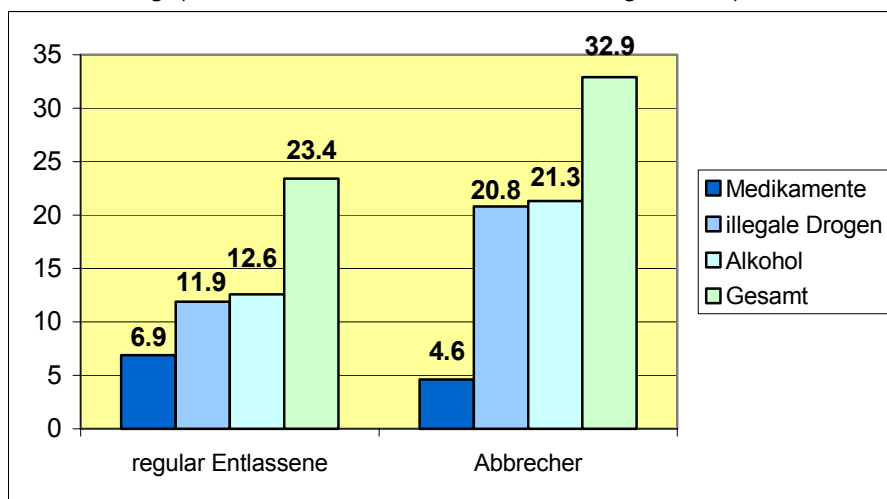
Dehmel (1989): Rückfall 6 Mte nach der Behandlung: 90% bei Abbruch, 38% bei regulärem Therapieende

Herbst et al (1989): Rückfall 10 Mte nach der Behandlung: 90% bei Abbruch, 50% bei regulärem Therapieende

Kampe & Kunz (1985): Rückfall 1,5 – 5 J nach der Behandlung: 98% bei Abbruch, 52% bei regulärer Beendigung

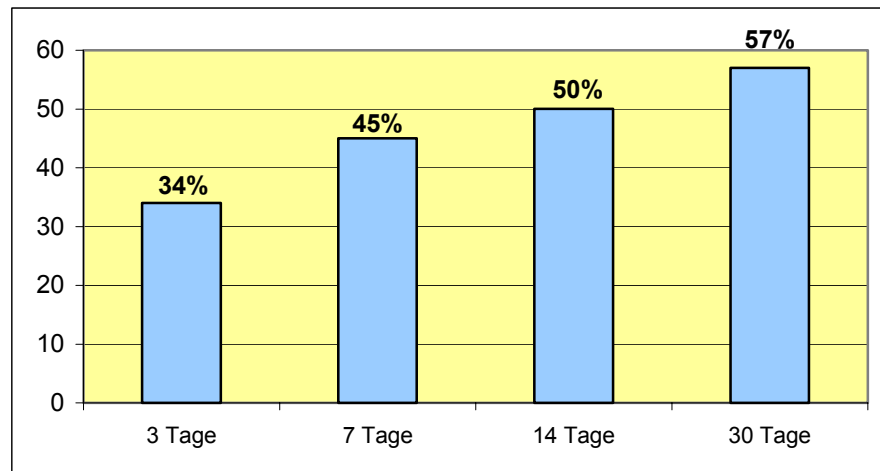
Nahezu alle Personen, die die Behandlung vorzeitig und „nicht regulär“ beenden, werden rückfällig. Natürlich kann eine höhere Abbruchquote bedeuten, dass die Einrichtung eine andere Klientel behandelt. Aber hier kann das Team ansetzen: Die Förderung regulärer Behandlungsbeendigung ist die wichtigste erste Massnahme der Rückfallprävention.

Rückfallquoten während der stationären Drogen- Entwöhnungsbehandlung (Küfner, Arzt, Roch, Denis & Rug, 1995):



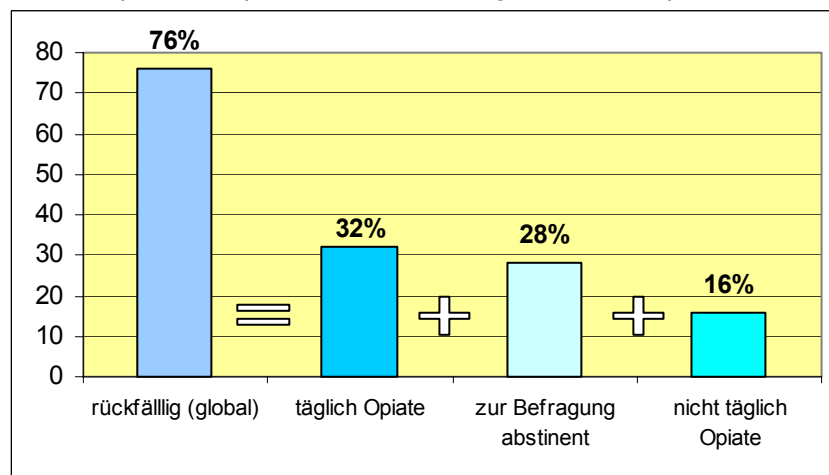
4. In den ersten sechs Monaten *nach* einer Behandlung ist das Rückfallrisiko am grössten. Daraus folgt die Frage: wie kann eine Einrichtung die Schnittstelle von Behandlung und dem, was danach folgt, besetzen?

Prozentsatz Heroinrückfälliger zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach der Heroinbehandlung: NTORS Project; Gossop et al. 2002:

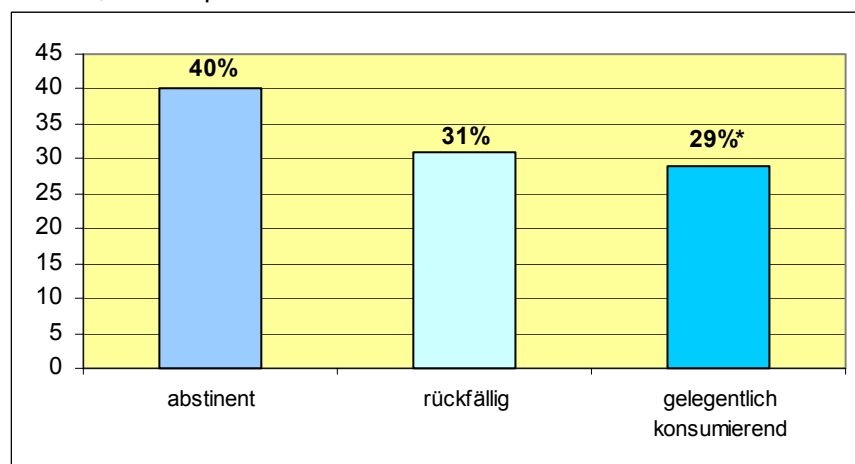


5. Die Konsumverläufe nach dem erstmaligen Wiederkonsum („Ausrutscher“) sind äusserst variabel – der „schwere Absturz“ ist keineswegs der Regelfall.

Nicht- Abstinente nach qualifiziertem Drogenentzug: 6- Monats-Follow up; Gossop M, 1989: Aussagen durch Ups validiert.



Heroinstatus 94 Tage (SD= 107) nach Heroinbehandlung: NTORS, Gossop M et al. 2002:



* „About half of those who used heroin after treatment did not return to regular or dependent use“ (page 1264).

Folgerungen zu Rückfall- Verläufen

1. Ausrutscher nicht dramatisieren: denn sie müssen keineswegs schwer und folgenreich verlaufen, d.h. nicht naturgesetzartig in schwere Rückfälle übergehen.
2. Ausrutscher nicht bagatellisieren: denn schwere Rückfälle gehen mit erhöhter Mortalität und anderen negativen Folgen einher.
3. Ausrutscher ernst nehmen und kompetent damit umgehen: z.B. keine sich selbst erfüllenden Prophezeiungen und Mythen weitergeben im Sinne von „Nach dem ersten Schluck/ Druck geht es unweigerlich bergab!“

Abstinenz- Verletzungs- Effekt

G.A. Marlatt (1978ff) beschreibt den so genannten Abstinenz-Verletzungs-Effekt, dessen Dynamik einen schweren Rückfall zur Folge haben kann.

Nach dem Ausrutscher (erster Druck oder Schluck):

1. Erklärung durch eigene Unfähigkeit:
„Ich bin einfach ein labiler Mensch“
„Mir fehlt der eiserne Wille“
2. Resignation und sinkende Zuversicht bezüglich des weiteren Verlaufs:
„Nun ist sowieso alles aus, da kann ich gleich weiter drücken/ trinken.“
3. Schuld- und Schamgefühle:
„Ich könnte vor Scham im Erdboden versinken.“
„Ich kann keinem mehr ins Gesicht sehen.“

Langzeit- verläufe bei Drogen- abhängigkeit

Gemäss der Schätzung von Meili, Dober & Eyal (2004) für einen 20-Jahres-Follow up (Daten aus Therapiestudien) ergeben sich folgende Verteilungen:

33%verstorben (nach Rückfall?)
22%abstinent (von „harten“ illegalen Drogen)
22%schwerer problematischer Konsum
22%sporadischer und/ oder kontrollierter Konsum

Ähnliche Schätzungen zeigten sich bei Schippers und Cramer (2002) anhand von 52 Langzeitstudien mit über 30'000 Drogenabhängigen und einer 20-Jahres-Nacherhebung.

Fortsetzung: Stand der Rückfall- forschung

6. Zentrale Rückfallursachen liegen in schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen (z.B. Angststörungen, affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen) und sozialen Belastungsfaktoren (soziale Konflikte, Konsumverführung) – nicht aber in Suchtmittelverlangen (craving), Willensschwäche oder fehlender Krankheitseinsicht.

Trias der Rückfall-entstehung

Die Trias der Rückfallentstehung umfasst
die rückfällige Person
den sozialen Kontext
das Suchthilfesystem

Rückfall-entstehung: die rückfällige Person

Die Hauptursachen für den Rückfall – aus Sicht der Klienten - können nach dem Marlatt-Schema wie folgt zusammengefasst werden (bezogen auf Heroin; 3 Studien berücksichtigt):

unangenehme Gefühle (Ängste, Einsamkeit...)	33%
unangenehme körperliche Zustände	10%
angenehme Gefühle	7%
Versuch kontrollierten Konsums	2%
Drogenverlangen	7%

Als Folgerung zu den Rückfallbedingungen kann gemäss Ralph Wohlfarth (1992) festgehalten werden:

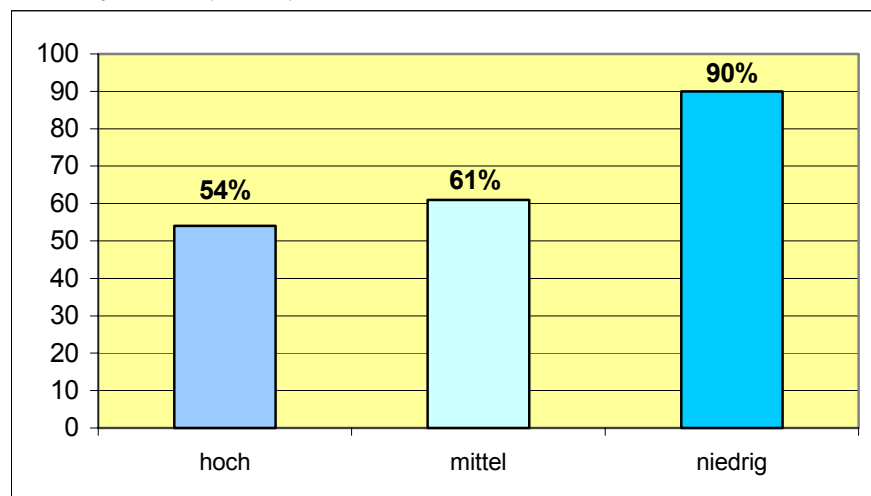
„Abstinenz bedeutet nicht nur die Erlösung von den quälenden Krankheitssymptomen der Sucht, sondern auch den schmerzhaften Verzicht auf eine Substanz, die eine wichtige Rolle bei der Regulierung von Affekten, der Abwehr von Kränkungen und der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls gespielt hat.“

Rückfall-entstehung: sozialer Kontext

Die oben genannten Hauptursachen für den Rückfall können durch soziale Faktoren ergänzt werden (nach Marlatt-Modell, bezogen auf Heroin; 3 Studien berücksichtigt):

zwischenmenschliche Konflikte (Partner, Job)	21%
Konsumeinladungen	32%
angenehme Gefühle mit anderen	3%

Die folgende Grafik zeigt den Prozentsatz Rückfälliger (Alkohol, Opiate, Nikotin) bei unterschiedlicher sozialer Integration nach Havassy et al. (1991).



Personen mit guter sozialer Integration werden unabhängig von der Substanz seltener rückfällig: gut Integrierte wurden zu 54% rückfällig, bei niedriger Integration wurden 90% rückfällig. Gute

soziale Integration bedeutet z.B. einen Freundeskreis, der nicht konsumiert; sozialen Anschluss, um einer sinnvollen Freizeitbeschäftigung nachzugehen; eine Arbeit, durch die der Betroffene integriert ist, und die geschätzt wird.

Alkohol- und Drogenrückfall: gegenseitig bedingt?

Das britische Projekt NTORS gibt Hinweise auf die Frage, ob und inwiefern sich Alkohol- und Drogenrückfälle gegenseitig bedingen: Gossop M. 2003. Drug addiction and its treatment. Oxford: Oxford University Press. Dieses Buch liefert einen guten Überblick über den Stand der Forschung.

1. Die Alkoholkonsummuster Drogenabhängiger fallen sehr unterschiedlich aus: sie reichen von Nullkonsum bei 33% der Klientel bis zu schwerer Abhängigkeit bei 20% (NTORS-Studie).

Backmund et al. (2003): 28% der Drogenabhängigen, die von 1991–1996 in München zum Opiatentzug aufgenommen wurden, haben täglich in Durchschnitt 176 Gramm Alkohol konsumiert (Selbstangabe).

2. Ein Teil der Drogenabhängigen kann so mit Alkohol umgehen, dass Alkoholkonsum keinen Heroinrückfall- anbahnenden Effekt nach sich zieht. „Schwerer Alkoholkonsum“ zeigte sich bei 20,0% der nach Heroinbehandlung Heroinrückfälligen und bei 20,6% der Heroinabstinenten (NTORS, Gossop et al. 2002). Alkoholkonsum hat also keinen prognostischen Wert. Für die Praxis folgern wir, dass ein Teil der Drogenabhängigen mit Alkohol, Cannabis und anderen Substanzen zurecht kommt, ein anderer Teil nicht. Es ist nun die diffizile therapeutische Aufgabe, an das Erfahrungsfeld jedes Einzelnen anzuknüpfen.

Gossop M. 2003. Drug addiction and its treatment. Oxford: Oxford University Press.

Gossop M et al. 2002. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. In: Addiction, 97. 1259-1267.

Wassermann DA et al. 1998. Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. In: Drug and Alcohol Dependence, 52. 183-192.

KISS

KISS steht für „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“ (Körkel & Projektgruppe kT, 2007) und umfasst u.a. das KISS-Trainer-Manual (Handbuch zur Einzel- und Gruppenarbeit), eine CD-Rom mit Arbeits- und Info-Blättern sowie das Handbuch für die Teilnehmer/innen (ebenfalls für Einzel- und Gruppenarbeit). Im Vorgespräch werden die Konsumeinheiten bei illegalen Drogen festgelegt (Formular © Prof. Dr. Körkel & GK Quest Akademie, 2006). In 12 Sitzungen à 2 Stunden werden die konsumierten Substanzen und die Konsumziele in Konsumtagebüchern eingetragen. Ziel ist es, dass der Betroffene seinen Konsum bewusst wahrnimmt und schliesslich selbstgesteuert unter Kontrolle bringt. Durch die Dokumentation zeigt sich, welche Substanzen bei den Klient/innen ein Problem darstellen und welche

nicht. Weil viele Klient/innen nicht bereit sind, auf den Konsum gänzlich zu verzichten, stellt sich die Frage, wie sie den Konsum zukünftig gestalten wollen. Auch für Therapeut/innen ist das ein erkenntnisfördernder Schritt, weil sie vielleicht zum ersten Mal realisieren, was die Klient/innen tatsächlich konsumieren.

Beispiel eines Eintrags in das Konsumtagebuch:

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Kokain | 1 Gramm davon 1/10= 2,5 Euro |
| 2. Crack | 1 Stein für 5 Euro |
| 3. Alkohol | 0,5 Liter Bier (= 1 Standardgetränkeeinheit=
20 g Alkohol) |
| 4. Cannabis | 1 Kopf ca. 0,1 Gramm |
| 5. Subutex | 8 mgr. |
| 6. Kokain | 1 Linie |
| 7. Heroin | 5 Euro/ Einheit 0,1 Gramm |
| 8. Benzodiazepine | 1 Tablette ca. 15 mgr. |

Haltung von Therapeuten zu kontrolliertem Konsum

Rosenberg & Melville (2005) untersuchten, was britische Drogentherapeut/innen von "kontrolliertem Drogenkonsum" halten und ob der Ansatz „kontrollierter Konsum“ in der behandelnden Einrichtung angeboten wird.

Acceptability rating for controlled drug use (CDU)

Completely acceptable...

- | | |
|--|-----|
| CDU for drug abusers as interm. goal: | 54% |
| CDU for drug abusers as final goal: | 42% |
| CDU for drug dependents as interm. goal: | 42% |
| CDU for drug dependents as final goal: | 28% |

Availability rating for controlled drug use

Available at our service...

- | | |
|--|-----|
| CDU for drug abusers as interm. goal: | 66% |
| CDU for drug abusers as final goal: | 59% |
| CDU for drug dependents as interm. goal: | 65% |
| CDU for drug dependents as final goal: | 53% |

Rückfall- entstehung: Bedingungen im Hilfssystem

Der dritte Aspekt der "Trias der Rückfall-Entstehungsbedingungen" ist das Suchthilfesystem. Folgende Bedingungen können im Hilfesystem zur Entwicklung eines Rückfalls beitragen und sind daher zu vermeiden:

1. Ungenügende Behandlung und Fehlplatzierung: z.B. zu kurze Behandlungsdauer, Abstinenzbehandlung bei Kontrollziel des Klienten
2. „Rausschmiss“ nach Rückfall
3. Hohe Zugangsschwellen für Wiederbehandlung: z.B. „abschreckende“ Entgiftung
4. Fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit Ausrutschern bzw. Vermittlung sich selbst erfüllender Prophezeiungen: z.B. „Schnapspralinenmythos“
5. Fehlende Rückfallpräventionstrainings

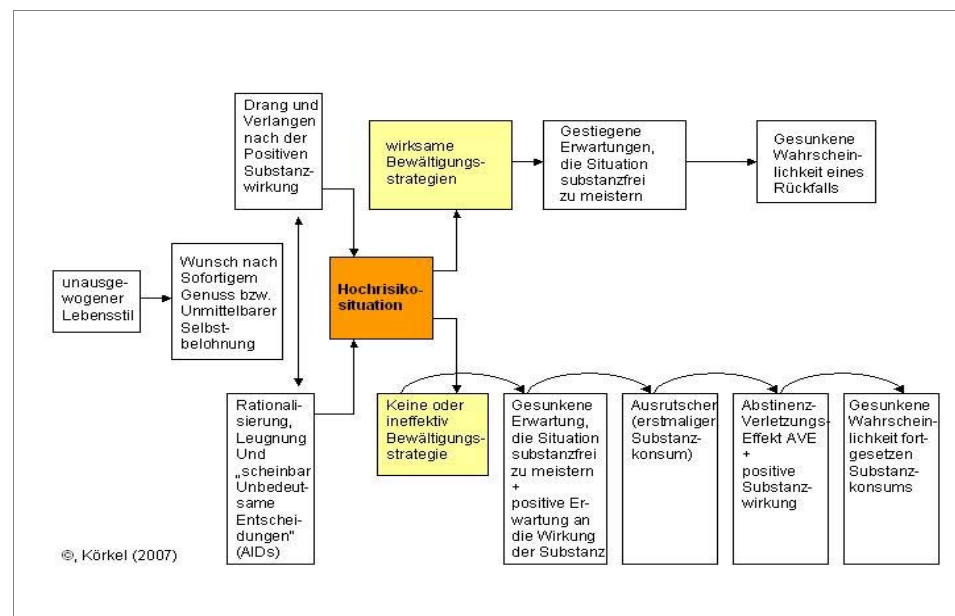
**Fortsetzung:
Stand der
Rückfall-
forschung**

Eine weitere Erkenntnis der Rückfallforschung bezieht sich auf die Synthese bestehender Forschungen:

7. Das Modell, das die vorliegenden empirischen Ergebnisse am besten bündelt, ist das sozialkognitive Rückfallmodell von Marlatt.

Ein unausgewogener Lebensstil (nur Stress, nur Herumhängen) ist die erste grosse Gefahrenzone für Drogenkonsum. Eine zweite grosse Gefahrenzone sind Hochrisikosituationen: ein Klient lebt permanent unausgeglichen und dann trennt sich die Freundin von ihm. Die dritte Gefahrenzone sind fehlende Bewältigungsstrategien: der Betroffene kennt niemanden, dem er sein Herz ausschütten und Unterstützung holen kann, oder kann sich nicht ausdrücken, sondern rastet aus. Die vierte Gefahrenzone sind kognitive Prozesse wie der Abstinenz-Verletzungseffekt AVE: ich habe etwas konsumiert und komme zum Schluss, dass es jetzt auch keine Rolle mehr spielt, wenn ich mich ganz voll-laufen lasse.

Das Marlatt-Modell ist eine sinnvolle heuristische Darstellung eines möglichen Ablaufes des Prozesses.



Verständnis von Suchtrückfällen

Folgende Tabelle stellt das traditionelle dem neueren Verständnis von Suchtrückfällen gegenüber, moderiert nach Körkel & Schindler, 2003:

	Traditionelles Verständnis	Neueres Verständnis
Rückfalldefinition	Rückfall = jeglicher Substanzkonsum nach einer Abstinenzphase („enge Rückfalldefinition“)	Kein starrer Rückfallbegriff; Unterscheidung von Konsummengen und Konsummustern, Analyse von Veränderungen
Erwartbarkeit von Rückfällen	Abstinenz als Normalfall	Rückfall als Normalfall
Rückfallbedingungen	Fehlende Abstinenzmotivation („will nicht aufhören“), Suchtmittelverlangen, Uneinsichtigkeit	Vor allem unangenehme Gefühle, soziale Konflikte und Konsumverführung
Rückfallbewertungen	Rückfall = negativ = Scheitern, Misserfolg und zu vermeidendes Übel	Rückfall = auch positiv = Lernerfahrung, „Rückfall als Chance“
Rückfallverläufe	Erstmaliger Konsum endet aufgrund biologischer Bedingungen naturgesetzmässig im Kontrollverlust	Erstmaliger Konsum = Ausrutscher, der nur bei ungünstiger gedanklicher und emotionaler Verarbeitung im schweren Rückfall endet (AVE, Abstinenz-Verletzungs-Effekt)
Vorbeugen von Rückfällen	Warnung: „Finger vom ersten Glas/ Druck lassen!“	Breite Palette von Massnahmen zur primären und sekundären Rückfallprävention, v.a. Erkennen von Risikosituationen und Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten – auch für den Fall eines Ausrutschers.
Prophylaktischer Umgang mit dem Thema „Rückfall“	Spannungsgeladenes, schambesetztes, eher gemiedenes Thema	Offensives, offenes und gelassenes Ansprechen der Thematik als notwendiger Teil von Suchtbehandlung
Umgang mit stationären Rückfällen	Disziplinarische Entlassung (Vergehen gegen die Hausordnung und Behandlungsordnung)	Möglichkeit der Weiterbehandlung

Fortsetzung: Stand der Rückfallforschung

Ein weiteres Ergebnis der Rückfallforschung bezieht sich auf das Rückfallpräventionstraining:

8. Strukturierte Rückfallpräventionstrainings während und Nachsorgemassnahmen nach einer Behandlung (betreutes Wohnen, ambulante Psychotherapie, Selbsthilfegruppenteilnahme etc.) sind primär und sekundär rückfallprophylaktisch wirksam – dies ist zumindest für Alkoholabhängigkeit gut belegt. Es braucht ein Programm, nach dem gezielt, didaktisch ansprechend und in Modulen verschiedene Themen rund um den Rückfall abgehandelt werden. Es soll nicht dem Zufall überlassen werden, ob Rückfall thematisiert wird oder nicht.

Primäre Rückfallprävention zielt auf die Vorbeugung des erneuten Konsums. Sekundäre Rückfallprävention strebt eine Senkung von Dauer, Intensität und Folgewirkungen des erneuten Konsums an.

Handwerk- kasten Rückfall- management

Im Rahmen des Rückfallmanagements kann man – ausgehend von Marlatt - vier individuumsbezogene Ansatzpunkte der Prävention festhalten:

1. Unausgewogener Lebensstil: z.B. permanente Belastungsfaktoren im Alltag identifizieren und abbauen, wie kann man angenehme Dinge in den Tagesablauf einbauen? Ein Wochenplan in der Therapie: jeden Tag eine angenehme Tätigkeit einplanen (z.B. 5 Minuten Waldspaziergang, mit Freunden Fußball spielen). Techniken der Stressbewältigung aneignen.
2. Risikoreiche Situationen: Identifizieren persönlicher Risiken (durch Checklisten, Analyse früherer Rückfälle, „Risikokalendar“, „Risikotagebuch“ mit einer Skala von 0- 10 für Tagesereignisse, „Rückfallbauen“: was müsste zusammenkommen, damit sich garantiert ein Rückfall ereignet? etc.): z.B. Vorwegnahme beklemmender Gefühle, die man nach Therapieaustritt allein in der Wohnung haben wird. Gestalttherapeutische Methoden, Rollenspiele eignen sich für die Bearbeitung des Aspekts Risikosituation.
3. Unzureichende Bewältigungsfertigkeiten: gezieltes Vermeiden von Risiken sowie neue Kompetenzen in Übungen aneignen (z.B. Nein-Sagen, Umgang mit Kritik/ Anerkennung) und Nutzung sozialer Ressourcen (z.B. Ausrutscher- Vertrag, Vereinbarungen mit nahestehenden Personen).
4. Ungünstige kognitive Muster: Sensibilisierung für persönliches Risiko, realistische Einschätzung des eigenen Rückfallrisikos, Entscheidungsmatrix, Überprüfung eigener Vorstellungen von kontrolliertem Konsum, Umdeutung von Ausrutschern (z.B. ein Rückfall auch nach dem fünften Therapieanlauf ist kein Beweis dafür, dass die Behandlung keinen Sinn hat).

Manuale:

National Institute on Drug Abuse NIDA. 1998. Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1: A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction.

Körkel J & Schindler C. 2003. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin, Heidelberg: Springer.

Programm zur Rückfall- prävention S.T.A.R.

S.T.A.R. ist ein strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention und soll hier näher vorgestellt werden.

1. Umfasst 15 Einheiten (Module, à 90 Min.), in denen die nach heutigem Stand der Wissenschaft zentralen Themen der

Rückfallvorbeugung und Rückfallbewältigung bei Alkoholabhängigkeit bearbeitet werden.

Inhalte von S.T.A.R.

- Modul 1: Grundinformationen über Rückfälligkeit: z.B. wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie in den ersten 6 Monaten nach Behandlungsende wieder (...) konsumieren – egal welche Menge?
- Modul 2: Abstinenz: Pro und Kontra: will der Klient ernsthaft aufhören?
- Modul 3: Hochrisikosituationen (identifizieren)
- Modul 4: Soziale Risikosituationen (I)
Ablehnen von Konsumaufforderungen und Ansprechen der eigenen Abhängigkeit
- Modul 5: Soziale Risikosituationen (II): Anerkennung und Kritik
- Modul 6: Unangenehme Gefühle (I): Sensibilisierung
- Modul 7: Unangenehme Gefühle (II): Bewältigung
- Modul 8: Alkoholverlangen („craving“)
- Modul 9: Kontrolliertes Trinken
- Modul 10: Ausgewogener Lebensstil
- Modul 11: Ausrutscher und Rückfall
- Modul 12: Umgang mit Ausrutscher und Rückfall
- Modul 13: Gespräche mit Angehörigen und Freunden zum Thema „Rückfall“ (I): Gesprächsführung/ -blockaden
- Modul 14: Gespräche mit Angehörigen und Freunden zum Thema „Rückfall“ (II): Gesprächsinhalte
- Modul 15: Nachsorge

- 2. Detaillierter Durchführungsplan für jedes Modul. Dauer pro Modul: 90 Minuten.
- 3. Auf Gruppen mit max. 12 Personen ausgerichtet, zentrale Inhalte aber auch für die Einzelarbeit nutzbar.
- 4. Zu jedem Modul Arbeits- und Informationsblätter.
- 5. CD- Rom zur Arbeitserleichterung: Ausdrucken aller Arbeits- und Informationsblätter sowie Evaluationsbögen.
- 6. Variable Didaktik entsprechend moderner Erwachsenenbildung, u.a. Visualisierung, aktivierende Methoden.

S.T.A.R. kann in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt werden:

- 1. Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung: wöchentlich und kompakt, offene oder geschlossene Gruppe, als Teil der Standardbehandlung oder als indikative Gruppe.
- 2. Qualifizierte Entgiftung
- 3. Nachsorge: Beratungsstelle, Hausarzt, betreutes Wohnen, betriebliche Suchtarbeit
- 4. Selbsthilfegruppen
- 5. Beratungsarbeit: Suchtberatungsstellen, Arztpraxen

Im Rahmen der Rückfallprävention wird den Teilnehmenden ein sog. *Notfallpass* (Merkheft) abgegeben. Darin werden u.a. wichtige Telefonnummern (Hausarzt, Entgiftungsstation, Beratungsstelle, Therapeuten) und Hinweise zu „Wie ich es mir gut gehen lassen kann“ festgehalten.

Weitere Informationen unter
www.rueckfall-programme.de
www.kontrolliertes-trinken.de
www.kiss-heidelberg.de

Schulungs- angebote

„Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol- Rückfallprävention“ (S.T.A.R.) bzgl. Rückfallprävention allgemein

„Motivational Interviewing“

Programme zum kontrollierten Trinken/ kontrollierten Konsum illegaler Drogen

Schulungen im Rahmen des offenen Seminarprogramms (vgl. Quest- Programmheft)

individuell abgestimmte Inhouse- Veranstaltungen für Träger/ Teams

Kontakt:

Quest Akademie, Maassstr. 28, D- 69123 Heidelberg

Tel. 0049- 6221- 73920- 30, Email info@gk-quest.de

Forschungs- übersichten

Empirische Forschungsübersichten

Berglund M, Thelander S & Jönsson E (Eds). 2003. Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review. Weinheim: Wiley.

Carroll KM. 1996. Relapse prevention as a psychosocial treatment : A review of controlled clinical trials. In : Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4. 46- 54.

Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME & Wang MC. 1999. Efficacy of relapse prevention: A meta- analytic review. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67. 563- 570. (Meta- Analyse zur Wirksamkeit Marlatt'scher Rückfallpräventionstrainings)

Marlatt GA & Donovan DM. 2005. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. (2nd ed.). New York: Guilford.

Fragen aus dem Publikum

Gibt es schon Resultate aus dem KISS- Programm ?

Das KISS- Programm ist im Herbst 2005 in Hamburg angelaufen und läuft inzwischen in vier niederschweligen Drogehilfeeinrichtungen. Seit 2006 führen wir eine randomisierte Studie in der integrativen Drogenhilfe (Druckraum, Kontaktbereich, Not- schlafstelle, Substitution) in Frankfurt durch. In Hamburg war die Teilnahmefrequenz erstaunlich hoch, in Frankfurt war es etwas schwieriger. Zwei Dinge sind klar: Die Mitarbeitenden haben – und das ist keine Selbstverständlichkeit – Lust, dieses Programm anzuwenden. Das bedeutet eine Woche Schulung in Motivational Interviewing und eine Woche Schulung in KISS- Programm. Das haben die Mitarbeitenden als grosse Bereicherung erlebt. Punkt zwei: man merkt, ein bestimmter Anteil der Klient/innen ist für diesen Ansatz zu gewinnen. Gewisse Personen wollen im Rahmen der 12 Wochen bis zu fünf Sub-

stanzen reduzieren. In Frankfurt beispielsweise ist die Hauptsubstanz Crack, in Nürnberg gibt es kaum Crackkonsum. Es gibt auch einzelne Erfolgsgeschichten: ein Klient z.B. studiert wieder. Mit KISS soll das Elend aufgegriffen werden. Mit Hilfe von Motivational Interviewing sollen die Klient/innen ohne Druck zum Denken und Handeln angeregt werden. In den Menschen gibt es Veränderungspotenzial, das angezapft werden soll. Es gibt Verbesserungen durch KISS, aber es ist derzeit noch verfrüht, um präzise Aussagen zu machen.

4. Rückfallprophylaxe in der Klinik südhang: Konzept, Erfahrungen, Übertragbarkeit auf die Drogenhilfe

Walter Steiner ist Therapeut und Leiter Qualitätssicherung, Ingo Hanisch ist ebenfalls Therapeut, beide in der Klinik südhang und beide mit langjähriger Behandlungserfahrung im Behandlungsbereich illegale Drogen.

Inhalt	1 Klinik südhang: kurze Vorstellung
	2 Rückfallprophylaxe während des Therapieaufenthaltes: Rahmendingungen
	3 Rückfallprophylaxe nach Austritt aus der Institution
	4 Klientel: Gegenüberstellung
	5 Übertragbarkeit der Erfahrungen auf die Drogenhilfe
	6 Diskussion

Klinik südhang Vorstellung Die Klinik südhang ist eine der grössten Suchteinrichtungen in der Schweiz. Das Angebot umfasst:

66 Plätze
 18 Plätze: qualifizierter Entzug (mit Abklärungsstation)
 12 Plätze: Kurzzeittherapie
 24 Plätze: Mittelzeittherapie
 12 Plätze: Langzeittherapie
 Einzugsgebiet: Kanton Bern, Solothurn, beide Basel, wenig andere
 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 4 Monate
 ca. 56 Stellen verteilt auf 85 Mitarbeiter/innen
 Neu: medizinisches Ambulatorium in Bern (ambulante Entzüge, Beratungen, Therapien, Kriseninterventionen)

Therapieangebot Therapieangebot der Klinik südhang

Entzug und Abklärung	Qualifizierter Alkoholentzug (ev. mit Stabilisierungsphase) mit strukturiertem Therapieprogramm, abstinenzorientiert, mit med. Untersuchung und Behandlung (somatisch/ psychiatrisch), Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Aktivierungstherapie, Körper- und Sporttherapie und suchtspezifischen Informationsveranstaltungen.
Kurzzeittherapie: 6 Wochen bis 3 Mte	Lösungs- und ressourcenorientierte Alkoholentwöhnungstherapie mit strukturiertem Therapieprogramm, abstinenzorientiert, mit med. Untersuchung und Behandlung (somatisch/ psychiatrisch), Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Kunsttherapie, Körper- und Sporttherapie, (Arbeitsagogik) und suchtspezifischen Informationsveranstaltungen.
Mittelzeittherapie: 3 - 6 Mte	Alkoholentwöhnungstherapie mit strukturiertem Therapieprogramm, abstinenzorientiert, mit med. Untersuchung und Behandlung (somatisch/ psychiatrisch), Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Kunsttherapie, Körper- und Sporttherapie, Arbeitsagogik und suchtspezifischen Informationsveranstaltungen.

Langzeit- therapie: 4 - 12 Mte	Alkoholentwöhnungstherapie mit strukturiertem Therapieprogramm, abstinenzorientiert, mit med. Untersuchung und Behandlung (somatisch/ psychiatrisch), Milieuthherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Ergotherapie, sozialarbeiterischer Begleitung, neuropsycholog. Trainingsprogrammen, Körper- und Sporttherapie und suchtspezifischen Informationsveranstaltungen.
--------------------------------------	---

Die Klinik südhang behandelt in der Langzeittherapie Personen, die sich von den Klient/innen der act-*info*- FOS Einrichtungen deutlich unterscheiden: eher ältere Personen (60jährige) mit langer Suchtkarriere und entsprechenden Folgeerscheinungen, körperlich und sozial stark beeinträchtigt.

Rückfall- verständnis

Das Rückfallverständnis variiert aus Sicht des Patienten und aus Sicht der Klinik. Da die Klinik von den Krankenkassen unterstützt wird, sind gewisse Rahmenbedingungen vorgegeben, an die sich die Klinik anpassen muss. Der südhang möchte natürlich auch das Vertrauen der Patient/innen erwerben. Es ist schwierig, in der kurzen Therapiezeit eine therapeutische Bindung aufzubauen. Kontrollen sind jedoch unumgänglich.

abstinenzorientiert: die Behandlung der Klinik südhang ist abstinenzorientiert. Zum Schutze der Patientinnen und Patienten soll das Klinikareal ein suchtmittelfreier Raum sein. Deshalb und zur Unterstützung der Einhaltung der Abstinenz jedes Einzelnen gehören Kontrollen zum Klinikalltag und werden konsequent und regelmässig durchgeführt, z.B. Atemlufttests, Urinproben auf Medikamente und illegale Drogen, Gepäck- und Zimmerkontrollen. Die Tatsache, dass Kontrollen nach dem Ausgang durchgeführt werden, kann für viele Patient/innen eine Motivation zur Abstinenz und ein Orientierungspunkt sein: sie wollen sich nicht primär selber schützen, sondern das Gesicht nicht verlieren.

Rückfallprophylaxe: Wiederholte Rückfälle können als Anzeichen einer nicht mehr vorhandenen gemeinsamen Basis für die Zusammenarbeit verstanden werden (Therapiemotivation? Therapieverständnis?), und zu einem Abbruch der Behandlung führen. Primär werden Rückfälle jedoch als Teil der intensiven Auseinandersetzung mit der Suchtmittelabhängigkeit betrachtet. Rückfallprophylaxe und der Umgang mit Rückfällen bilden wichtige Pfeiler in allen Therapieprogrammen der Klinik.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Verfügbarkeit der Substanz. Heroin ist zwar auch jederzeit frei verfügbar, aber nicht so leicht wie Alkohol. Das führt, was die Rückfälligkeit angeht, zu einer anderen Gewichtung in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Im Unterschied zu unserer damaligen Arbeit in der Drogenhilfe ist ein Rückfall bei Alkoholpatient/innen nicht gleich lebensbedrohlich. In der Drogenarbeit sorgt man sich stets um Klienten auf Kurve, ob sie am nächsten Tag überhaupt noch am Leben sind.

Literatur

Quellen und Basis für Rückfallprophylaxe, auf die sich die Klinik bezieht:

G.A. Marlatt & J.R. Gordon

J. Körkel & C. Schindler

J. Lindenmyer (Lieber schlau als blau)

Rückfallmodell Marlatt & Gordon



Dieses Modell ist sehr praktikabel für Standortbestimmungen mit den Patient/innen (Entwicklungsstand, Bedürfnisse) und um den Zugang zum Patienten wieder herzustellen, gerade in der kurzen Therapiezeit.

Definition Rückfall

Die Definition des Begriffes Rückfall ist nicht eindeutig. Auch in der Klinik finden immer wieder Diskussionen zur Thematik statt. Rückfall kann in Bezug auf den Konsum, aufs Ziel (z.B. Abstinenz) bezogen werden. Der Begriff erlaubt keine quantitative und keine zeitliche Aussage bzw. Differenzierung. Die Klinik südhang spricht intern lieber von einem Konsum, der weiter qualifiziert wird: wie viel, wann, wo, Dauer, weshalb.

Rückfallprophylaxe in der Klinik südhang

In Bezug auf die Rückfallprophylaxe gelten folgende Regeln:

- Jeder Konsum, der in der Klinik stattfindet, wird im Journal der Klinik offen gelegt. Das Journal ist von den Mitarbeitenden einsehbar. Das ist ein wichtiger Aspekt, weil die Teams sehr autonom arbeiten und ein unterschiedlicher Arbeitsstil bei den Teams zu Spannungen unter den Patient/innen führen würde.
- Der Konsum muss in der Gruppentherapie durch Patient/in offen gelegt werden (lernen am Modell). Dies geschieht im Rahmen der Bewohnergruppe, die 8 Patient/innen umfasst, also keine (konfrontative) Plenumsveranstaltung.

- Themenzentrierte Gruppentherapie: strukturiertes Programm mit vorgegebenen Themen. 3x Inhalt Rückfall
- Rückfall wird in der Einzeltherapie thematisiert
- Umgang mit Rückfall wird immer im Team besprochen (Entscheidungen, Konsequenzen)
- Rückfall und der Umgang damit ist immer individuell. Es gibt keine Norm. Entscheidungen werden aufgrund der Auseinandersetzung mit Fragen getroffen wie: besteht noch eine Arbeitsbasis? Motivation? Haltung, Auswirkung auf die Gruppendynamik etc. Daraus werden Konsequenzen abgeleitet wie z.B. schriftliche Aufgaben oder allenfalls eine Urlaubssperre.
- Alkohol und illegale Drogen in der Klinik führen zum Ausschluss. Die therapeutische Auffassung lautet jedoch: keine Regel ohne Ausnahme. So werden in Spezialfällen (z.B. bei medizinischen Gründen, Suizidalität) Ausnahmen von dieser Regel gemacht. In solchen Fällen wird ein Übertritt in eine andere Einrichtung angestrebt, denn das Ziel ist ein angemessener Abschluss der Behandlung und nicht der Ausschluss.
- Kontrollen: Patient/innen müssen sich immer ab- und anmelden. Es werden immer Atemlufttests nach dem Ausgang durchgeführt und die Ergebnisse registriert. Therapeut/innen veranlassen nach Indikation UPs. Neu sind EtG Ethylglucuronid Kontrollen (1,5 bis 3 Tage Nachweis).
- Urlaube werden mit Patient/innen vor- und nachbesprochen.
- Medikamente: Psychopharmaka, Antabus, Nemexin, Campral. Als medizinisch ausgerichtete Klinik besteht in der Alkoholbehandlung eine tendenziell höhere Bereitschaft, Medikamente zu verschreiben, als dies bei Wohngemeinschaften oder milieuthérapeutischen Angeboten der Fall ist. Diese Möglichkeit vereinfacht die Arbeit für Therapeut/innen teilweise, aber man muss das natürlich auch kritisch betrachten.

Inhalte TZG

In der TZG (themenzentrierte Gruppentherapie) soll den Patient/innen Wissen vermittelt, und gleichzeitig sollen sie in Rollenspiele einbezogen werden. Die TZG umfasst folgende Punkte:

- Rückfalldefinition: Rückfall, Vorfall, Ausrutscher, Absturz, Konsum > Identifikation von Rückfällen in der eigenen Suchtgeschichte, Sensibilisierung für das persönliche Muster. Viele Patient/innen sind aufgrund ihrer langjährigen intensiven Suchtgeschichte kognitiv nicht mehr in der Lage, z.B. eine detaillierte Beschreibung eines Rückfalls, der Risikosituation, der ausschlaggebenden Faktoren etc. auf zwei, drei Seiten zu verfassen.
- Verlauf eines Rückfalls: man kann immer aussteigen.
- sich auf riskante Situationen vorbereiten; wissen wie reagieren.
- eigene *Risikosituationen* erkennen: Ereignisse, Gefühle, Stimmungen: das betrifft äussere Faktoren wie Verkaufsstellen, aber auch die ganze Palette schwieriger Gefühle wie Einsamkeit, Stress, Kritik, Ausgeschlossenensein usw. Es braucht relativ viel, bis sich die Patient/innen auf negative Gefühle einlassen.

- Rollenspiele, heikle Situationen, ‚Nein‘ sagen lernen: was geschieht z.B., wenn man von einem guten Freund zu einem Drink eingeladen wird? Wie kann man das Nein vertreten und begründen? Ist eine kleine Notlüge nicht besser als eine grosse Katastrophe? Wie verhält man sich am Arbeitsplatz und bei der Jobsuche? Sagt man, dass man ein Alkoholproblem hat oder lieber nicht? Solche Situationen versuchen wir, im Rollenspiel aufzufangen.
- Ausrutschervertrag mit einer Person des Vertrauens.
- Notfallplan: was tue ich vor einem Rückfall, was tue ich danach? Wo kann man nach einem Ausrutscher eingreifen? Wo kann der Betroffene anrufen?
- *Wer sich vorbereitet, kann in der Situation besser reagieren und handeln!*

Rückfallprophylaxe nach der Therapie

Bei der Rückfallprophylaxe nach der Therapie kommt dem Austrittssetting und der Vernetzung eine zentrale Rolle zu.

- Hausarzt (Medikation, Antabus)
- ambulante Nachsorge, meistens extern
- (Selbsthilfe)Gruppe
- Arbeit oder Tagesstruktur (z.B. betreute Arbeitsplätze und alkoholfreier Treffpunkt Azzurro Bern vom Blauen Kreuz)
- Freizeitgestaltung
- Wohnsituation: ggf. betreutes oder begleitetes Wohnen
- Beziehungsnetz
- Notfallplan, Ausrutschervertrag

Rückkehr in die Klinik ist (immer) möglich: Krisenintervention, neuer Aufenthalt

Teilweise kommt erschwerend hinzu, dass Krankenkassen unseres Erachtens fundierte Anträge für eine Verlängerung der Kostengutsprachen (instabile Lebenssituation, wohnungs- und joblos, mehrere Rückfälle, Komorbidität) manchmal unbegründet ablehnen.

Die Klinik südhang verfügt über keine AWGs, wie es im Drogenbereich üblich ist, hat auch wenig Möglichkeiten, die Betroffenen in Wohngruppen zu platzieren – es gibt diesbezüglich wenig Angebote. Gleichzeitig besteht ein grosser Druck, Tagesstruktur, Wohnsituation und soziales Netz des Patienten wieder aufzubauen.

Gegenüberstellung Klientele

Bei Klient/innen mit Drogenproblemen handelt es sich um eine andere Personengruppe als bei Patient/innen mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit. In der folgenden Tabelle werden die beiden Personengruppen einander gegenüber gestellt.

	DROGEN	ALKOHOL, MEDIKAMENTE
Therapiedauer	lang: 6- 18 Mte	kurz: 1- 6 Mte
Altersdurchschnitt	jung: 20- 35 J	alt: 35- 55Jplus
Soziale Situation	oft (noch) nicht etabliert, wohnungs- und arbeitslos, Schulden, Vorstrafen	Abstieg: Scheidung, Schulden, arbeitslos, wohnungslos
Beziehung, Bindung	(?) Eltern, allein stehend	sehr isoliert; Familie, eigene Kinder
Beruf	kein Beruf	meist gelernte Fachkräfte; Berufserfahrung
Therapie	Nachsozialisation	Resozialisation
Ausländeranteil	hoch	niedrig
Kriminalität	Illegalität, Beschaffung, Prostitution, Massnahmen- vollzug	kaum; eher Strassenver- kehrsdelikte, FiaZ, Ver- schuldung
Diagnosen	Sucht, soziale Verwahrlosung, zunehmend Komorbidität	Sucht, Persönlichkeitsstö- rung, Depression, somatische Befunde; meist mehrere Diagnosen
Kontrolle	UP (mehrere Tage)	Atemlufttest (ca. einige Stunden), UP (teuer)
Sucht	Politoxikomanie (häufig) und Nikotin	Alkohol (und Medikamen- te, z.T. Benzos) und Nikotin
Gesundheit	HIV, Hepatitis	Leberzirrose, Hepatitis, Polyneuropathie (Komorbidität)
Medikamente, Substitution	Methadon	Antabus, Campral, Nemexin
Verfügbarkeit der Substanz, Preis	ev. schwierig, teuer	immer verfügbar, oft 24h, billig
Abhängigkeitsdauer	oft kürzer als 10 Jahre	oft länger als 10 Jahre

Übertragbarkeit auf Drogenhilfe

Die Klinik südhang ist auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit spezialisiert. Es stellt sich nun die Frage, inwiefern Erfahrungen und Ansätze aus der Behandlung von Alkoholabhängigkeit auf den Bereich der Drogenhilfe übertragen werden können. W. Steiner und I. Hanisch kommen zum Schluss, dass fast alle Ansätze und Modelle *auch in der Drogenhilfe anwendbar* sind. Unterschiede ergeben sich hinsichtlich folgender Aspekte:

- Suchtmittel: Verfügbarkeit und Legalität
- Klientel: Person, Persönlichkeit
- Alter: am Anfang, in der Mitte, am Ende des Lebens
- Aufenthaltsdauer und Ablösungsmodalität: interne oder externe Nachsorge
- allgemeine Rahmenbedingungen: Klinik, Wohngemeinschaft, unterschiedliche Beziehungseinheiten
- Beziehungsgestaltung: Therapeutenrolle, Nähe- Distanzgestaltung

Für die Klinik südhang war es eine interessante Herausforderung, die Inhalte der Rückfallprophylaxe strukturiert zu definieren und in Rollenspielen zu vermitteln. Es ist ein empfehlenswerter und wirksamer Ansatz.

Fragen aus dem Publikum

Wie geht die Klinik südhang als abstinenzorientierte Einrichtung mit Patient/innen um, die kontrolliert trinken möchten? Werden sie in ihrem Wunsch unterstützt?

Unter den Therapeut/innen gibt es hierzu kontroverse Haltungen. Die Grundauffassung lautet jedoch klar, dass man die Patient/innen dort abholen muss, wo sie stehen. Es wäre unrealistisch zu glauben, dass alle Patient/innen den Abstinenzanspruch übernehmen (können). Im Gegenteil, die meisten Patient/innen sind sehr ambivalent. Mit dieser Vorgabe arbeiten wir. Die Patient/innen haben im südhang aber keine Möglichkeit, kontrolliertes Trinken zu üben – die Klinik ist abstinenzorientiert. In den Gesprächen können sie einbringen, dass sie nach der stationären Therapie kontrolliert trinken möchten. Hier können wir ambulante Kontakte und Wissen über kontrolliertes Trinken vermitteln. In der jetzigen Situation liegt ein Widerspruch: eigentlich ist den Therapeut/innen ein Rückfall während der Therapie lieber als nach der Therapie, denn dann kann man damit arbeiten. Geschieht der Rückfall nach der Therapie, weiss man nicht, was aus dem Patienten wird. Das kontrollierte Trinken kann der Betroffene aber vorher nicht einüben.

Sie haben beide langjährige Erfahrung in der Drogenarbeit. Wenn man die durchschnittlichen Behandlungsdauern vergleicht – in Drogentherapie rund 546 Tage, in Alkoholtherapie rund 150 Tage -, woran liegt das Ihrer Meinung nach? Sind Alkoholabhängige leichter zu therapieren? Bieten die Drogeneinrichtungen unsinnig lange Behandlungen an? Gibt es bei den Alkoholeinrichtungen einen Drehtüreffekt in dem Sinn, dass die Aufenthalte kürzer, dafür häufiger sind?

Der Drehtüreffekt wird in der Alkoholbehandlung quasi vorausgesetzt. Unsere Haltung lautet, lieber ein kurzer Aufenthalt mit Behandlungsimpuls, ressourcenorientiert. Wer mehr Unterstützung braucht, kommt wieder. Meine Erfahrung aus der Langzeitbehandlung für Drogenabhängige war, dass die Aufenthaltsdauer nicht zwangsläufig für den Erfolg relevant ist. Wichtig ist, was vor und während der Therapie passiert, das Verständnis dafür, dass der Therapieaufenthalt eine Lebensphase ist.

Es ist ein Unterschied, ob man mit den Klient/innen Resozialisation oder Nachsozialisation macht, welche Ressourcen die Betroffenen mitbringen, was man mit ihnen hinsichtlich einer zukünftigen selbständigen Lebenssituation erarbeiten muss.

Wenn man den Drehtüreffekt in Kauf nimmt, hat das bei Abhängigkeit von illegalen Drogen den Effekt, dass die Betroffenen vermehrt wieder mit dem Gesetz in Konflikt geraten. Daher können wir nicht die Haltung einnehmen, dass der Klient in einem halben Jahr vielleicht wiederkommt – in dieser Zeit hat er erneut Beschaffungsdelikte begangen, was die Behandlung erschwert.

Das stimmt. Aber man muss auch respektieren, dass gewisse Menschen mehrere Anläufe brauchen.

Welche Indikation muss bei Eintritt in die Kurzzeittherapie der Klinik südhang gegeben sein?

Die Suchtgeschichte sollte nicht von langer Dauer sein, die Personen sollen körperlich einigermaßen gesund und sozial integriert sein. Aber es gibt keine exakten Kriterien. Langfristig werden wir das Stufenmodell ‚Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie‘ anpassen, da sich eine ungünstige Dynamik zwischen den Patient/innen mit unterschiedlicher Behandlungsdauer ergeben. Wir werden wahrscheinlich zu individuellen Behandlungsansätzen nach klarer Indikation übergehen.

Behandelt die Klinik südhang auch Klient/innen mit zusätzlichen Drogenproblemen? Und wird dann Alkohol primär behandelt?

Das war ein Diskussionsthema in der Klinik. Es gab eine Phase, in der wir die Beschränkung festlegten, dass pro Abteilung höchstens eine Person mit Problemen mit illegalen Substanzen behandelt wird. Dabei stellte sich die Frage: wie lange muss die Abstinenz von den illegalen Substanzen dauern, damit man sagen kann, dass die Alkoholsucht vordergründig ist? Heute haben wir eher wenig Drogenabhängige.

Wenn ein Klient mit Polytoxikomanie eintritt, werden alle Substanzen entzogen, auch harte Drogen?

Nein. Personen mit Abhängigkeit von harten Drogen können im südhang nicht entziehen.

In der Drogentherapie ist Suchtverlagerung in Richtung Alkohol ein zentrales Thema. Kennt man das in der Alkoholbehandlung auch?

Eher weniger. Das ist auch eine Frage der Legalität und Illegalität der Substanz.

5. Schlussrunde: act- *info*- FOS, Gesamtprojekt act- *info*, Spezialprojekte

Fragen aus dem Publikum

Das Klientel von Aussenwohngruppen ist in keine Statistik eingebunden. Gibt es Möglichkeiten, Angebot und Wirksamkeit der Nachsorge zu evaluieren?

Derzeit werden Gespräche mit der Vertretung der *Fachgruppe Integration* des Fachverband Sucht geführt, ob, unter welchen Bedingungen und mit welchen Inhalten eine Evaluation der AWGs realisierbar ist (www.fachverbandsucht.ch). Die Fachgruppe trifft sich im Herbst dieses Jahres, um über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Für die Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht *Infodrog* wäre es wünschenswert, dass allfällige Bestrebungen an act- *info* und QuaTheDA- E (E für Erfolgsqualität) angebunden wären. Aus Sicht des ISGF kann eine kleine praxisnahe Befragung pragmatisch umgesetzt werden.

Die Frage nach der Nachhaltigkeit von Therapien beschäftigt uns. Nachbefragungen sollten wieder eingeführt werden. Welche Überlegungen werden hierzu gemacht?

FOS führte während 9 Jahren (bei Therapieaustritten 1992-2001) in Zusammenarbeit mit bis zu 30 Therapieeinrichtungen Nachbefragungen durch, jeweils 12 bzw. 18 Monate nach Austritt. Die Ergebnisse erlaubten den Einrichtungen die Positionierung im Vergleich zu den Durchschnittswerten. Teilweise ermöglichten Drittgelder eine vertiefte Auswertung der Gesamtdaten sowie eine Mehrjahres-Katamnese. Ab 2002 wurden die Nachbefragungen wegen schwieriger Erreichbarkeit der ehemaligen Klienten (bereinigte Erreichungsquote von rund 50%) und unsicherer Kostendeckung eingestellt. act- *info*- FOS bietet nach wie vor grundsätzlich eine geeignete Grundlage für Nachbefragungen. Im Rahmen von QuaTheDA- E wird das Thema Ergebnisqualität – und damit verbunden auch das der Nachbefragungen – derzeit diskutiert.

*Seit 2004 besteht eine harmonisierte Datenbank act- *info*. Wann kann man mit Auswertungen rechnen?*

Der Gesamtbericht 2004 liegt vor, muss aber noch von der Expertengruppe des BAG abgesegnet werden, was Ende 2007 der Fall sein wird. Die Auswertungen 2005 und 2006 werden diesen Herbst durchgeführt. Christ Eastus, Gesamtleiter act- *info*, ermutigt die Fachverbände, Anliegen und Themenschwerpunkte dem BAG mitzuteilen.

Checkliste „Meine Rückfallsicht und die Sichtweise im Team“ (© Joachim Körkel)

Körkel J 1999. Rückfälle Drogenabhängiger:
Eine Übersicht. In: abhängigkeiten. 1/ 1999.
Dieser Artikel ist aus urheberrechtlichen Gründen in
der pdf- Version nicht enthalten.

Checkliste: „Meine Rückfallsicht – und die Sichtweise im Team“

Die Abstinenz ist der zu erwartende Normalfall, wenn in der Behandlung alles richtig läuft.	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Der Rückfall ist der zu erwartende Normalfall, selbst wenn in der Behandlung alles richtig läuft.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Rückfälle sind etwas Negatives (= Scheitern, Misserfolg)	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Rückfälle haben positive Aspekte (= Lernerfahrung, Chance)
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Um das Thema „Rückfall“ mache ich am liebsten einen Bogen.	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Ich gehe mit der Rückfallthematik offensiv und gelassen um.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Die wichtigsten Rückfallauslöser sind fehlende Abstinenzmotivation und Suchtdruck („craving“).	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Die wichtigsten Rückfallauslöser sind unangenehme Gefühle, soziale Konflikte und Konsumverführungen.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Der „erste Schluck“ („Druck“ etc.) endet aufgrund biochemischer Abläufe naturgesetzmäßig im Kontrollverlust.	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Der „erste Schluck“ („Druck“ etc.) endet nur bei ungünstiger gedanklicher und emotionaler Verarbeitung im schweren Rückfall.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Der Begriff „Ausrutscher“ sollte zur Abgrenzung vom Begriff „Rückfall“ verwendet werden.	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Der Begriff „Ausrutscher“ verharmlost und sollte deshalb vermieden werden.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Rückfallprävention sollte eine breite Palette von Maßnahmen umfassen (Erkennen von Risikosituationen, Aufbau von Bewältigungsfertigkeiten usw.)	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Das Wichtigste in der Rückfallprävention ist die Warnung, „die Finger vom ersten Glas (Druck ...) zu lassen“.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Bei einem Rückfall während der Behandlung sollte die Behandlung beendet werden.	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Bei einem Rückfall während der Behandlung sollte die Behandlung in der Regel fortgesetzt werden.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Wir haben bei uns im Team ein gemeinsames Rückfallverständnis und ziehen beim Umgang mit Rückfällen an einem Strang.	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	In Bezug auf das Thema „Rückfall“ gibt es bei uns im Team viel Ungeklärtes und Spannungsgeladenes.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	
Was den Umgang mit dem Thema „Rückfall“ bei uns im Team angeht, bin ich sehr zufrieden.	Meine Sichtweise: 3 2 1 1 2 3	Was den Umgang mit dem Thema „Rückfall“ bei uns im Team angeht, bin ich sehr unzufrieden.
	Die Sichtweise bei uns im Team: 3 2 1 1 2 3	

Meine Schlussfolgerungen: